FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 83

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LIPOME SOUS-CONJONCTIVAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André MAZÉ

Né à Nantes, le 12 février 1877

LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1910

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LIPOME SOUS-CONJONCTIVAL

Digitized by the Internet Archive
in 2019 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/b30615768

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1909-1910. — N° 83

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

LIPOME SOUS-CONJONCTIVAL

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 28 Juin 1910

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

André MAZÉ

Né à Nantes, le 12 février 1877

LYON
ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE
Rue de la Barre, 12. — H. GABRION, Directeur

1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ . . . . . Doyen.
COURMONT (J.). . . . . Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER CAZENEUVE.

PROFESSEURS	MM.
Cliniques médicales	LÉPINE. TEISSIER. BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET. JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophthalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	GUIART.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	BEAUVISAGE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	CLUZET.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	ROQUE.
Pathologie et Thérapeutique générales	COLLET.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M).
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING.
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx, c. compl.	LANNOIS.
Pathologie externe, cours complémentaire	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	MOUNEYRAT.
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	LATARJET, ch.
CHATIN.	NEVEU-LEMAIRE.	LAROYENNE.	BERIEL, ch.
VILLARD.	PATEL.	VORON.	BRETIN, ch.
TIXIER.	J. LÉPINE.	NOGIER.	THÉVENOT, ch.
REGAUD.			

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. Etienne ROLLET, *Président ;* VALLAS, *Assesseur,*
MM. VILLARD et GAYET, *Agrégés.*

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A mon Président de thèse :

MONSIEUR LE DOCTEUR ROLLET

Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lyon.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MON COUSIN LÉON HENRY
Docteur en droit

MEIS ET AMICIS

PRÉFACE

Loin de nous la prétention de vouloir faire dans ce travail l'étude approndie du lipome sous conjonctival. L'idée de cette étude nous a été donné par le Professeur Rollet et nous l'en remercions vivement.

Kranka (1854) a attiré le premier l'attention sur cette affection ; depuis, bien des discussions se sont élevées à ce sujet et nous n'avons pas le pouvoir d'y mettre un terme.

Pour nous tout se borne à apporter à la science quelques faits nouveaux et nous nous attacherons surtout à faire une différenciation entre le lipome sous-conjonctival pur et le dermo-lipome.

Passer en revue les discussions qui se sont élevées à ce propos, examiner les résultats fournis par nos observations, les comparer aux résultats obtenus par les différents auteurs tel est le plan que nous avons adopté. Enfin nous terminerons par les conclusions auxquelles nos recherches nous ont conduit.

Avant d'aborder notre sujet nous devons nous acquitter d'une dette de reconnaissance envers nos

maîtres de l'Ecole de Médecine de Nantes, qui nous ont toujours montré une tendre bienveillance.

Le Docteur Malherbe, directeur de l'Ecole de médecine de Nantes, dont nous avons suivi longuement les enseignements a droit à toute notre estime.

Nous n'oublierons pas non plus les Docteurs Ollive, Amédé Monnier, Guillemet, c'est avec eux que nous avons fait nos premières années, et nous en sommes très fiers.

Pendant plus de deux ans nous avons eu l'honneur d'être l'interne de M. le Docteur Homery, directeur de l'asile d'aliénés de Bourges, c'est lui qui nous a guidé dans la pratique des maladies mentales, nous ne saurions trop l'en remercier.

Durant notre séjour à Lyon, nous avons été admis dans le service de M. le Docteur Voron, à la maternité de l'Hôtel-Dieu, nous lui savons gré des leçons magistrales qu'il nous a données.

M. le Docteur Grandclément a bien voulu nous prêter son concours dans nos recherches sur le lipome sous-conjonctival, il a droit à toute notre gratitude.

Enfin nous ne pouvons terminer sans adresser à M. le Professeur Rollet qui a bien voulu nous inspirer notre thèse et qui nous fait l'insigne honneur d'en accepter la présidence, l'hommage de notre reconnaissance pour la sympathie dont il a bien voulu nous honorer.

HISTORIQUE

Les tumeurs graisseuses de la conjonctive sont très rares et l'on ne connaît jusqu'à présent que quelques faits bien avérés ayant trait à ce genre d'affection. Si nous voulons nous reporter dans le domaine de la littérature ophtalmologique et passer en revue les différents auteurs qui ont mentionné ces tumeurs, il nous faut citer en premier lieu le Docteur Kranka qui (in Annales d'oculistique 1854, p. 105) rapporte un cas de lipome sous-conjonctival de l'œil droit qu'il a traité par l'usage externe de l'oide.

En 1860. Von Groeffe parle également du lipome sous-conjonctival et une opinion fut émise à cette occasion que la tumeur avait vraisemblablement pris son point de départ dans le tissu graisseux de l'orbite.

Alessi de Gualteri (in Ann. d'ocul. 1862) en signale un cas chez un officier qu'il opéra avec succès et rémédia ainsi à un strabisme qui le gênait énormément, c'est alors vers 1869 que le Docteur Fano *(Gazette des Hôpitaux)* constate la présence d'une tumeur lipoma-

teuse de l'œil droit chez une jeune femme de vingt-trois ans. La tumeur est enlevée mais la malade perd l'œil quelques temps après à la suite d'une infection phlégmonneuse et, par sympathie, l'autre œil était pris à son tour amenant ainsi la perte de la vision.

D'autres auteurs viennent encore enrichir la liste d'observations déjà recueillies par leurs devanciers : c'est le Docteur Glaeys de Gand qui, à la clinique de l'Université, présente une petite pensionnaire de l'orphelinat de filles, atteinte de lipome sous-conjonctival de l'œil droit, datant de six ans et dont l'opération pratiquée par le Docteur Deneffe débarasse la malade de ses inquiétudes et la soustrait aux railleries de ses camarades.

A la même époque, Galezowski, 1872, dans le Recueil d'ophtalmologie publia trois observations analogues à celle de Fano, de Glaeys et de Richard Derby.

Bogel (1866), de Wecker (1866), publient des travaux intéressants mais malgré tout jusqu'à cette cette époque on n'avait qu'un petit nombre d'observations concernant le néoplasme.

A partir de ce moment nombreuses sont les communications faites à ce sujet et bien que nous ne puissions publier en entier les observations qui ont été fournies nous ne pouvons passer sous silence les mémoires qui ont paru.

Gallenga (1885) au congrès de Naples cite quatre observations de lipome sous-conjonctival.

Talko (1888) parle d'une tumeur lipomateuse renfermant au milieu du tissu graisseux des formations

glandulaires avec conduit excréteur et un tissu cartilagineux hyalin ; il pose le diagnostic de lipo-chondroadénome.

En 1891, Riecke étudie deux cas de lipodermoïdes et insiste sur la nécessité qu'il y a de pratiquer des coupes aussi nombreuses que possible, afin de mieux assurer la nature de la tumeur.

La même année, Wolf publie également un cas de dermoïde de la caroncule où se trouvaient deux néoplasmes ; l'un au niveau même de la caroncule, l'autre au niveau de la cornée et séparée par un sillon perpendiculaire.

L'étude histhologique du néoplasme montra chez l'un la structure du ganglion lymphatique, chez l'autre on trouva des glandes et sa consistance étant parfaitement dense.

En 1897, Brault (arch. d'ophtalm., T. XVII, p. 440) rapporte les cas d'un lipome sous-conjonctival des deux yeux chez un enfant de quatre ans, d'origine espagnole, dont nous publions l'observation.

Querenghi (1898) traite surtout de la structure du lipome sous-conjonctival et s'applique davantage à l'étude du lipome en général qu'à celle du lipome sous-conjonctival en particulier.

Cette époque semble faire date dans l'histoire du néoplasme et Rogman, de Gand, Nobbe, vont jeter encore une plus grande clarté sur l'histogénèse de ces tumeurs.

Rogman dont nous avons lu les observations et dont deux en particulier sont publiées dans cette thèse s'est surtout attaché à l'examen histologique et ses

travaux ont eu pour résultat sinon de détruire, tout au moins de combattre les assertions de Bogel et de Nobbe qui prétendaient que ces lipomes n'étaient que des lipodermoïdes et devaient être rangées parmi les tumeurs tératoïdes.

En 1900, Lagrange dans une étude critique des travaux parus jusqu'à ce jour arrivait à conclure que les lipomes sous-conjonctivaux pouvaient se diviser en deux catégories. Dans une première catégorie les tumeurs adhèrent solidement à la muqueuse sous-conjonctivale qui les recouvre, ce sont alors des dermo-lipomes les plus communs ou bien, la muqueuse glisse facilement à la surface ce sont des lipomes purs que l'on rencontre assez rarement mais dont l'existence ne peut être niée.

Enfin en nous rapportant à des dates encore plus récentes nous devons signaler les recherches du Docteur Hosch sur le « Lipodermoïde de la conjonctive, cet ophtalmologiste arrive aux mêmes conclusions que Lagrange ; il admet que bien souvent on se trouve en présence de lipodermoïde mais que l'existence du lipome pur ne peut être mise en doute, et M. le Professeur Rollet qui nous a inspiré notre thèse a fait une communication au Congrès d'ophtalmologie d'Oxford (1907) dont l'examen histologique plaide en faveur de cette affection purement lipomateuse.

ÉTIOLOGIE

Bien que cette tumeur soit assez rare, il n'en est pas moins vrai, que son maximun de fréquence s'observe surtout dans le sexe féminin. Des observations que nous relatons dans ce travail, presque toutes se rapportent au jeune âge ou, si elles sont apparues tardivement c'est qu'elles n'incommodaient pas le sujet qui en était porteur, et que le plus souvent c'est le hasard ou un peu de gène fonctionnelle dans les mouvementl du globe oculaire ou un strabisme concommitant comme dans l'observation de Galzowski qui ont poussé le patient à venir consulter le praticien.

M. le Docteur Grandclément a eu la bienveillance de nous donner une observation de lipome sous-conjonctival chez un homme adulte, mais atteint en même temps d'une lipomatose cervivale très étendue : nous n'y voyons là qu'une généralisation du néoplasme.

Desnos et Potain *(Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 1892*)* parlent de lipomes multiples et symétriques

chez un malade atteint de rhumatisme articulaire subaigu et coïncidant avec des poussées rhumatismales. Sans vouloir nier cette diathèse rhumatismale nous ne pouvons le plus souvent qu'affirmer la congénialité de ces tumeurs et si nous les rencontrons chez des adultes ou des gens avancés en âge, c'est qu'il n'ont pas eu leur attention attirée sur cette petite tumeur qui est en général peu gênante et semble plutôt un défaut d'esthétique.

Certains auteurs ont fait du traumatisme une cause adjuvante à la production de cette néoplasie ; si le traumatisme occasionne parfois des lésions irréparables du globe oculaire, il semble jouer un rôle bien secondaire dans l'éclosion de cette affection.

Dans la plupart des cas les lipomes sous-conjonctivaux se développent insidieusement sans que les malades en aient conscience et ils ne s'en aperçoivent que lorsque la tumeur a pris un certain volume, aussi cette singulière affection est-elle passée sous silence. Pour bien nous rendre compte de l'étiologie de cette tumeur qu'il nous soit permis de reproduire le tableau des 17 observations que nous avons recueillies :

AGE	NOMBRE	SEXE	
		MASCULIN	FÉMININ
Moins d'un an.....	3	1	2
1 an — 10 ans...	2	1	1
10 ans — 20 ans...	3	»	3
20 ans — 30 ans...	4	1	3
30 ans — 60 ans...	5	4	1
Totaux.....	17	7	10

Nous voyons que cette aflection se rencontre le plus souvent dans le jeune âge et que le sexe féminin y est surtout prédisposé, mais si ce maximum de fréquence explique la congénialité du néoplasme il n'est pas moins vrai que dans nos cinq derniers cas ces lipomes ont été acquis, c'est ce que la pathogénie va essayer de nous expliquer.

Dores et déjà, nous pouvons dire que cette tumeur a une prédilection pour l'enfance et pour le sexe féminin, qu'elle siège dans l'angle externe de l'œil, englobant parfois certains muscles comme le montre l'observation de M. le Docteur Grandclément et n'amène que fort rarement des troubles de la vision.

PATHOGÉNIE

Quand on examine ce qui a été décrit au sujet des lipomes sous-conjonctivaux on découvre encore à l'heure actuelle sur plusieurs points de leur histoire un désaccord assez considérable. Malgré les divergences d'opinions deux théories semblent cependant vouloir expliquer le siège et la pathogénie de cette tumeur.

Selon certains auteurs Soemisch, de Wecker il ne seraient qu'une production ectodermique, incluse sous la conjonctive qui prendrait alors un aspect cutané et les feraient ainsi rapprocher des dermoïdes vrais, et c'est ce qui faisait dire à Bogel « Il me paraît douteux qu'il existe en réalité des lipomes purs de la conjonctive. » Mais plus loin, le même auteur ajoutait qu'on n'est autorisé à affirmer la nature lipomateuse du néoplasme qu'après en avoir soigneusement examiné toutes les coupes et s'être ainsi assuré que l'on ne se trouve en présence d'aucun élément dermoïde, soit de poils, soit de glandes.

Sans vouloir railler l'exclusivisme de Bogel et de

Nobbe, nous croyons plus rationnel de nous en tenir aux données actuelles et d'admettre avec Lagrange que ces tumeurs sont le plus souvent d'origine congénitale et se présentent tantôt à l'état de lipome pur, tantôt à l'état de dermolipome : ce dernier l'emportant par sa plus grande fréquence.

Devons-nous admettre avec de Graefe l'origine intra orbitaire ou rétrobulbaire du lipome sous-conjonctival ? Bien qu'une communication faite par le Docteur Knapp de New-York, au Congrès d'ophtalmologie d'Utrecht en 1899, signale un cas d'atrophie du nerf optique chez une malade atteinte de cette néoplasie, nous ne pouvons admettre qu'elle prenne son origine dans le tissu retro-bulbaire.

La conception que de Graefe s'était faite de la pathogénie de cette tumeur ne nous paraît pas acceptable et s'il devait en être ainsi il faudrait s'attendre à voir de l'exorbitisme, ce que nous n'avons noté nulle part.

Tout en rendant hommage aux travaux de Bogel et de Nobbe nous regarderons cette affection comme ayant bien souvent une origine congénitale, mais malgré tout, nous ne pouvons nous empêcher de reconnaître que dans bien des cas nous sommes en présence de lipomes sous-conjonctivaux acquis et relevant d'une lésion nerveuse.

Cette lésion nerveuse trophique amènerait un œdème circonscrit ; puis, cette masse se transformerait en pseudo-lipome ou même en lipome véritable, par la transformation adipeuse des cellules conjonctives de l'hypoderme.

Cette théorie nerveuse qui a été émise en France par Mathieu nous semble très plausible et nous explique comment certains lipomes sous-conjonctivaux puissent apparaître chez des gens avancés en âge.

SYMPTOMATOLOGIE

Les lipomes sous-conjonctivaux se présentent ordinairement sous la forme d'une tumeur indolente, circonscrite le plus souvent et donnant à la palpation la sensation d'une masse lobulée molle ou pâteuse.

C'est surtout dans l'angle externe de l'œil qu'on les rencontre entre le cul-de-sac conjonctival supéro-externe et la glande lacrymale. Mais ceci n'est pas une règle absolue, et parfois le lipome sous-conjonctival a tendance à gagner le fond de l'orbite, témoin l'observation du Docteur Knapp (Congrès d'ophtalmologie d'Utrecht, 1899) et de M. le Docteur Grandclément (obs. IV).

Quoi qu'il en soit le lipome sous-conjonctival siège presque toujours dans l'angle externe de l'œil entre le droit supérieur et le droit externe.

La tumeur est de grosseur variable, tantôt elle ressemble à un petit pois, tantôt elle atteint la grosseur d'une noisette ou d'une amande. Ewetsky, dont nous rapportons une observation, signale la forme semi-lunaire.

Quand on examine attentivement cette tumeur on ne tarde pas à remarquer des points jaunâtres, des plaques plus ou moins épaisses d'aspect nacré, pouvant faire croire à d'anciennes lésions de la conjonctive, mais qui sont plutôt en faveur de la nature souvent conjonctivale du néoplasme.

La conjonctive qui recouvre la tumeur n'est en général pas modifiée, elle est seulement parfois vascularisée d'une façon un peu anormale. Elle est peu mobile à la surface de la tumeur à laquelle elle semble adhérer par sa face profonde, il s'agit alors d'un dermo-lipome. Quelquefois cependant elle est parfaitement mobile (obs. I), c'est dans ce cas un lipome pur.

Cette affection d'apparence banale ne se manifeste au point de vue clinique que par cette particularité qu'elle a de passer inaperçue au moment de la naissance et présente parfois une recrudescence à l'âge de la puberté, comme c'est le cas pour la malade de l'observation I.

Une gêne dans les mouvements du globe oculaire, une sensation de pesanteur et d'engourdissement des paupières, de la diplopie ou un strabisme plus ou moins gênant, tels sont les symptômes que nous pouvons trouver lorsque le malade vient nous consulter pour cette tumeur qui l'incommode et dont il voudrait se débarrasser.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Au point de vue macroscopique la tumeur offre l'aspect d'une masse molle ou fluctuante. Dans certains cas elle peut être indépendante de la conjonctive sous laquelle elle glisse ; dans d'autres elle peut adhérer à la conjonctive ou bien gagner l'orbite et envelopper, comme dans l'observation IV, les deux muscles droits externes.

C'est l'étude histologique qui est venue lever les doutes qui existaient au sujet du lipome sous-conjonctival. Dans presque toutes les observations que nous reproduisons la tumeur a été débitée au microtome et nous a montré la texture suivante :

Dans un cas de lipodermoïde de la conjonctive, étudié par le Docteur Hosch (*Arch. fur Ophtalm.*, 1906, p. 156-159), l'examen microscopique a montré que le revêtement était formé par une couche épithéliale à plusieurs assises. Dans les assises moyennes et superficielles se trouvent de nombreuses cellules caliciformes. La production néoplasique a partout la même épaisseur, elle est nettement délimitée d'avec

son substratum et montre par places des sortes de prolongements en forme de tampon (Strobilacés) pénétrant dans la couche de tissu conjonctif à laquelle elle adhère solidement. En un seul endroit on trouve une place étroite interrompue par un amas de globules rouges. Sur la membrane de revêtement vient une couche de tissu conjonctif plus résistante, devenant ensuite plus lâche et qui renferme des vaisseaux abondants, quelques follicules pileux, quelques glandes sébacées. Jamais on ne rencontre de tissu osseux ni cartilagineux. Dans les parties profondes le tissu conjonctif lâche se transforme en une couche graisseuse qui constitue de beaucoup la majeure partie de la tumeur.

Si bien souvent nous sommes en présence du dermolipome, il n'en est pas moins vrai que nous trouvons le lipome sous-conjonctival à l'état de pureté. Dans l'observation que nous a communiquée M. le Professeur Rollet, la préparation fixée au formol à 10 °/₀ et colorée au Soudan III, a montré une série de lobules graisseux colorés en jaune orangé et entourés d'une capsule fibreuse. L'épithélium pavimenteux, stratifié, recouvrant la tumeur, repose sur un chorion épaissi au-dessous duquel on remarque des fibres connectives formant cloisons vasculaires entre les lobules graisseux.

Suivant les méthodes employées la structure est demeurée la même, et si on a décrit des poils et des glandes, c'est qu'il s'agissait d'une production ectodermique invaginée.

En résumé, au point de vue anatomo-pathologi-

que, la production néoplasique se caractérise par trois éléments ;

1° La cellule adipeuse ;

2° Le faisceau connectif ;

3° L'élément vasculaire, dont le développement exagéré crée une variété connue sous le nom d'angiolipome, mais dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est en général facile, mais pour bien se rendre compte de la tumeur, il faut renverser la paupière aussi complètement que possible, en rechercher la mollesse et la mobilité sur la coque oculaire. Lorsque les paupières ont été ainsi ectropionnées, et pour éviter toute douleur au patient, on peut se servir de quelques gouttes de cocaïne au 1/50e, la tumeur apparaît dans tout son éclat, et c'est alors que trois hypothèses peuvent venir égarer un diagnostic parfois hésitant.

Sommes-nous en présence d'un dermoïde, d'un dermo-lipome ou d'un lipome pur ?

Le dermoïde affecte bien la conjonctive, mais la ponction viendra lever tous les doutes. Nous n'insisterons pas sur les désordres qu'il peut occasionner, et nous arrêterons surtout à différencier le lipome sous-conjonctival du dermolipome.

Toutes les fois que l'on aura affaire à une tumeur mobile sous la coque oculaire, sans adhérences avec la conjonctive et sans vascularisation anormale, on

dira que le lipome sous-conjonctival pur doit être mis en jeu.

Par contre, si la tumeur est mal circonscrite, s'il existe des adhérences avec la conjonctive et si par places on aperçoit de petites plaques nacrées, l'idée de dermolipome s'impose, mais là encore l'étude histologique du néoplasme fera la plupart du temps reconnaître dans la structure du lipome la présence d'éléments dermoïdes.

Sans nous attarder aux angiolipomes, qui sont des tumeurs érectiles, nous ne pouvons passer sous silence la nature parfois tuberculeuse du lipome, qui été si bien mise en lumière par M. le Professeur Poncet. Bien qu'au point de vue ophtalmologique nous ne puissions fournir d'observations de ce genre, nous devrons toujours tenir grand compte de l'état général du malade et de ses antécédents afin de mieux assurer notre diagnostic.

PRONOSTIC

Comme toutes les tumeurs bénignes, le lipome sous-conjonctival n'est pas une affection grave. Il n'existe pas de retentissement sur l'organisme que dans les cas de lipomatose généralisée. Il n'amène aucun trouble dans la sphère de la vision, et c'est tout au plus si nous relatons dans les observations que nous avons recueillies du strabisme et de la diplopie. Knapp rapporte cependant un cas d'atrophie du nerf optique. Si parfois la tumeur contracte des adhérences avec la conjonctive le pronostic ne peut de ce fait être assombri ; aussi doit-on s'en tenir à l'ablation pure et simple, car de ce fait toute récidive est écartée.

TRAITEMENT

Jusqu'en 1854, alors que l'affection était mal connue, on s'en tenait à l'expectation ou à la méthode des fondants. On faisait des applications de teinture d'iode, comme nous le voyons dans l'observation de Kranka, mais cette méthode est demeurée infidèle, et la tumeur n'était nullement influencée par cette médication.

Aujourd'hui que l'on considère le lipome sous-conjonctival comme une affection bénigne on s'en tient à l'ablation pure et simple. Des mesures rigoureuses d'antisepsie doivent être prises ; le patient est soumis la veille de l'opération à un nettoyage minutieux de l'œil et on l'astreint au besoin à porter un pansement témoin.

Au moment de pratiquer l'opération il est de toute nécessité de laver les culs-de-sac conjonctivaux et d'éviter ainsi toute infection qui pourrait dans la suite avoir des suites fâcheuses. On se servira d'oxycyanure de mercure, à 0,33 pour 1000; à cette

dose on est sûr de n'occasionner aucun accident, et on peut opérer sans crainte.

Avec des tampons d'huile biiodurée, on complète la toilette, et dès lors on peut tenter l'extirpation.

L'anesthésie n'est nullement nécessaire pour cette opération, qui est de courte durée, et quelques gouttes de cocaïne au 1/50e sont largement suffisantes. Après avoir écarté les paupières au moyen du blépharostat, on saisit la conjonctive au moyen d'une pince à griffes, et à l'aide d'un bistouri effilé ou de ciseaux on fait une incision longitudinale suivant l'un des méridiens de l'œil.

La tumeur peut être libre d'adhérences, comme c'est le cas pour le lipome pur, et est facilement énucléé. Il faut enlever le moins de conjonctive possible, et s'en tenir à l'ablation seulement des parties adhérentes ; quelques points de suture termineront l'opération. Si la tumeur avait quelques tendance à gagner le tissu péri-orbitaire, ou entourer certains muscles comme dans l'observation IV, il serait dangereux de prolonger l'évidement. Aussi devra-t-on être circonspect, on enlèvera la plus grande partie de la tumeur, et la plaie conjonctivale sera suturée avec des fils de soie.

Soins post-opératoires. — La conduite à tenir après cette opération doit être la même que pour toute affection du globe oculaire, un pansement légèrement compressif sera maintenu sur l'œil pendant quelques jours ; le malade sera mis au repos, et ce n'est que vers le quatrième jour que l'on sera autorisé à se rendre compte du résultat de l'intervention.

Complications : Si anodine que paraisse cette intervention, elle a donné lieu à quelques méprises :

Fano voit se développer une conjonctive phlegmoneuse suivie de phtisie oculaire de l'œil droit ; quelques jours après l'infection gagne à son tour l'œil gauche, et la perte de la vision devient totale.

Kranka signale un symblépharon après l'extirpation de la tumeur.

Galezowski constate chez son malade une diplopie qui persiste pendant plusieurs jours.

Knapp (Congrès d'ophtalmologie d'Utrecht, 1899) rapporte un cas d'atrophie du nerf optique et conclut qu'il est prudent de faire l'ablation le plus tôt possible.

En général les suites opératoires sont simples ; dans les quelques observations qui nous ont été fournies par M. le Professeur Rollet on n'a constaté aucune réaction inflammatoire, pas de gonflement, pas de douleur ; les malades partaient au bout de quelques jours heureux d'être débarrassés de ce qui les incommodait et parfaitement guéris.

Quoi qu'il en soit, on ne doit jamais se départir de sa prudence habituelle, et se dire qu'une intervention maladroite ayant pu léser la cornée amènera la production d'un staphylome avec retentissement sur la coque oculaire et des désordres qui pourront aboutir à la perte de la vision.

OBSERVATIONS

Observation I

Due à l'obligeance de M. le Professeur Rollet.

Célestine P..., âgée de 19 ans, entre à la clinique le 22 juin 1907 pour une tumeur de la conjonctive de l'œil gauche. L'affection a débuté il y a environ un an et est devenue de plus en plus marquée. Dans les mouvements d'adduction de l'œil gauche on voit en arrière du tendon du muscle droit externe, une masse de la grosseur d'une noisette avec des bords mal définis et se perdant en arrière dans le cul-de-sac externe.

La tumeur était mobile sur la sclérotique, mais adhérait à la conjonctive. Pas d'inflammation, pas de douleurs, pas de retentissement ganglionnaire. La santé générale était excellente. Molluscum fibreux du tragus de l'oreille, pas d'autres malformations. Le diagnostic de lipome sous-conjonctival est posé avec accroissement au moment de la puberté.

La malade fut anesthésiée et la tumeur incisée, elle adhérait à la conjonctive comme le lipome à la peau. Par une dissection soigneuse, la masse graisseuse jaunâtre, fibreuse par places est enlevée, la plaie suturée au catgut. La sclérotique était normale et la tumeur n'avait aucune tendance à gagner l'orbite. La guérison fut complète le 25 juin 1907.

Examen histologique. — La tumeur fut examinée au point de vue microscopique par le chef de laboratoire, la Docteur Aurand. Elle était jaune, flasque, lobulée.

Elle fut fixée au formol à 10 % et colorée au soudan III et hématéine. Sous le microscope on voyait une série de lobules graisseux colorés en jaune par le soudan III et entourés d'une capsule fibreuse. L'hépithélium conjonctival qui recouvre la tumeur est du type parimenteux stiatifié reposant sur un chorion épaissi par infiltration de cellules graisseuses. Au-dessous du chorion une assise fibreuse colorée en violet par l'hématéine avec des fibres connectives d'apparence hyaline formant cloisons vasculaires entre les lobules graisseux.

Nous avons vu à la clinique la photographie en couleur de la malade et celle de la préparation microscopique. Nous regrettons de ne pas pouvoir les reproduire dans notre travail en raison des difficultés de leur reproduction.

Observation II

Due à l'obligeance de M. le Professeur Rollet.

B. C..., 22 ans, domestique. Salle Sainte-Claire n° 20.

A. H. — Père bien portant, mère morte d'un kyste à la joue dont la malade ne peut préciser la nature.

A. P. — B. C... prétend avoir souffert des yeux étant toute petite. On ne voit actuellement aucune trace de ces anciennes affections ni à la conjonctive ni à la cornée. Diphtérie à l'âge de six ans. Il y a six mois environ la malade s'est aperçue d'une petite grosseur à l'œil gauche et se plaint actuellement d'une gêne et de tiraillement à cet œil. Lorsqu'on examine la malade de face on n'aperçoit rien, c'est en la regardant de côté et en soulevant légèrement la paupière supérieure qu'on note la présence d'une tumeur siégeant à l'angle supéro-externe situé sous la conjonctive bulbaire. Elle est mobile, légèrement vascularisée et présente par endroits des points jaunâtres. On ne peut pas limiter la tumeur en haut, elle se perd vers l'intérieur de

l'orbite. La tumeur est aplatie soulevant très peu la conjonctive.

Le 11 avril 1908, extirpation du lipome avec résection d'un morceau de la conjonctive.

Examen histologique. — La tumeur est constituée par des îlots de tissu graisseux séparés par de nombreux espaces remplis de tissu fibreux, il semble donc qu'il s'agit d'un fibrolipome ou plutôt d'un fibrome ayant subi par places la dégénérescence graisseuse. Cet examen a été fait par le Docteur Aurand.

Observation III.

Due à l'obligeance de M. le Professeur Rollet.

B. G..., 13 ans, entre à la clinique aphtalmologique le 16 juin 1908.

Le début de l'affection est inconnu. La malade s'est aperçue il y a dix jours d'une tumeur indolore au niveau de la partie supéro-externe du globe oculaire droit. Les paupières sont normales et recouvrent la tumeur même dans les mouvements les plus prononcés du globe ; il faut les soulever pour l'apercevoir.

On constate alors une tumeur molle située sous la conjonctive qui prend à ce niveau une teinte plus rosée. Cette tumeur est nettement délimitée. L'acuité visuelle est parfaitement conservée.

16 juin 1908. — Incision ovalaire pour détacher les masses nettement adhérentes à la conjonctive et d'aspect lipomateux qui sont extirpées.

Observation IV

Due à l'obligeance de M. le Docteur Grandclément.

B. J..., 55 ans, employé à la Compagnie du gaz, vient me consulter en mars 1897 pour deux tumeurs sous-conjoncti-

Photographie de la malade de l'observation II.

vales ayant apparu depuis plusieurs années, mais qui ont pris ces derniers temps un développement plus considérable.

Je constate en effet dans chaque œil deux tuméfactions symétriquement placées en dehors, au niveau de l'insertion du droit externe. Elles ont le volume d'une amande. Elles apparaissent sous la conjonctive qui est mobile à leur surface et sont de coloration jaune clair. Les yeux sont saillants, mais l'ont toujours été au dire du malade. Leur mobilité est normale, il n'existe pas de diplopie, la vision est normale, rien à l'ophtalmoscope. Ces tumeurs graisseuses font saillie à travers la fente palpébrale et l'occlusion des paupières ne peut se faire complétement. Le malade n'éprouve aucune douleur, mais une simple gêne.

C'est un homme fort, mais à tissu adipeux extrêmement développé. En outre, il existe sur la face antérieure du cou une énorme tumeur du volume des deux poings qui s'est développée lentement sans occasionner de troubles quelques années avant l'apparition des tumeurs sous-conjonctivales. C'est une masse molle, pseudo fluctuante, assez mobile sur les plans profonds auxquels elle n'est pas adhérente. Un chirurgien consulté il y a quelques années par le malade à ce sujet a fait le diagnostic de lipome, mais a conseillé de ne pas intervenir. Cette tumeur est du reste actuellement stationnaire et n'entraîne aucun trouble. Je propose au malade qui l'accepte l'extirpation des lipomes sous-conjonctivaux.

Opération. — Sous anesthésie générale. L'incision suivant le méridien longitudinal de la commissure externe à 2 millimètres de la cornée. La conjonctive peut être facilement disséquée, elle n'adhère pas à la tumeur. Celle-ci est extirpée par fragments, elle recouvre complètement le muscle droit externe et son tendon.

Quand toute la partie qui recouvre le muscle est enlevée, on s'aperçoit que la tumeur se prolonge sous le muscle lui-même, elle est alors attirée par morceau au moyen d'une pince, elle semble se prolonger assez loin en arrière car on a l'impression qu'en continuant on arriverait à extraire la gaine de l'orbite.

L'opération est pratiquée de la même façon sur l'œil du côté opposé ; la tumeur a exactement la même disposition.

Sutures à la soie ; guérison en cinq jours. Les tumeurs n'ont pas reparu.

Observation V

Fano (*Gazette des Hôpitaux,* 1869, n° 27)

Marie R., âgée de 23 ans, cuisinière, s'est aperçu il y a un an environ pour la première fois de l'existence d'une petite saillie à l'angle de l'œil droit.

Depuis quelques mois la douleur a pris de l'accroissement.

Le 15 décembre dernier, la patiente seprésente à la clinique de M. Fano, qui reconnait au niveau du petit angle de l'orbite droit, en arrière de la commissure des paupières une tumeur qui soulève la conjonctive scléroticale. La tumeur mobile en tout sens semble faire corps avec la portion de la conjonctive qui la recouvre et glisse en masse sur le reste de la muqueuse. La tumeur se voit à peine quand R. regarde de face, elle est plus saillante lorsque R. regarde à sa gauche, et bien plus lorqu'on lui déprime les paupières au niveau de la commissure. La tumeur est molle, comme spongieuse, et tout à fait indolente. Elle ne gène pas autrement qu'à titre de légère difformité, et c'est par sentiment de coquetterie que R. veut en être débarrassée.

Les paupières étant écartées par des ophtlamostats, M. Fano saisit avec une pince à griffe la conjonctive qui recouvre la production morbide et incise avec des ciseaux le repli de la muqueuse. Celle-ci adhère à la tumeur, une portion de la conjonctie est enlevée avec la tumeur elle même qui est emportée par fragments. Les bords de la plaie sont réunis par deux points de suture simple. On prescrit l'application de compresses froides sur les paupières.

La production morbide est composée d'une petite masse graisseuse, lobulée, mélangée d'un tissu cellulaire assez serré, adhérent à la conjonctive, du volume d'une petite amande de noisette.

Le 18, il y a de la fièvre, de l'innapétence, les paupières sont un peu œdémateuses, l'œil plus proéminent que la veille, la conjonctive recouverte d'une sécrétion muqueuse : l'opérée accuse des douleurs péri-orbitaires. Elles présentent tous les symptômes d'un phlegmon commençant de l'orbite.

Les jours suivants la sclérotique devient le siège d'un chemosis dur pendant que l'œil reprend sa place dans l'orbité. M. Fano prescrit des onctions hydrargyriques belladonnées, une potion stibiée, le lavage fréquent de l'œil. Malgré toute l'énergiede ce traitement, la cornée se trouble, s'ulcère et est détruite dans toute son étendue. L'iris fait hernie à travers cette longue brèche, des douleurs péri-orbitaires persistantes sont calmées à grand peine par les applications locales d'atropine. Le chemosis conserve la dureté des premiers jours et ce n'est qu'au commencement de février qu'il décroît. Aujourd'hui l'œil droit est atrophié. R. ne distingue plus de cet œil la lumière des ténèbres.

Le 26 décembre, onze jours après l'opération pratiquée sur l'œil droit, la conjonctive oculo-palpébrale de l'œil gauche s'injecte et devient le siège d'une sécrétion muqueuse abondante ; les paupières se tréméfient et il se forme au bout de 24 heures un chemosis dur autour de la cornée. Un traitement local semblable à celui qui a été appliqué à l'œil droit est prescrit pour l'œil gauche.

La phlegmasie n'en continue pas moins sa marche et aboutit à la perte de l'œil.

Observation VI

Alessi de Gualteri (*Ann. d'ocul.*, 1862, p. 41)

A Toula, un officier employé à l'arsenal de cette ville me pria d'examiner sa fille à laquelle notre art ne pouvait venir en aide, car elle avait la chambre antérieure d'un œil effacée à la suite de graves ulcérations de la cornée : je m'adressai à l'officier même, atteint d'une grande difformité de l'œil gauche.

Une tumeur de la grosseur d'une noix était plantée sur

l'hémisphère antérieur du globe de l'œil, dans la conjonctive scléroticale de l'angle externe, elle n'embrassait pas la cornée, mais induisait l'œil en un strabisme interne inférieur. La fonction visuelle n'en était pas du tout troublée. La base de la tumeur aurait été bien large si en sortant de la paupière elle n'eut pas été restreinte par la contraction habituelle du muscle orbiculaire. Sa consistance était molle, sa couleur jaune rougeâtre. Elle avait aussi tout le caractère de ce tissu morbide dont l'accroissement se fait lentement et sans aucune tendance, ni à la suppuration, ni à l'inflammation ; elle consistait en une enveloppe externe conjonctivale sur laquelle était disposés des vaisseaux sanguins, l'intérieur renfermait plusieurs plans de cellules pleines de graisse.

Ayant proposé l'ablation et l'officier y ayant consenti j'écartai les paupières avec l'ophtalmostat, je pris la tumeur avec une pince et je l'extirpai avec des ciseaux courbés, après avoir eu bien soin de la déraciner sur tous les points de sa base.

Des compresses froides constituèrent le traitement consécutif. Le lendemain le malade était guéri de la tumeur et du strabisme, parce que l'œil était dévié par la tumeur et non par l'attraction des muscles obliques et droits internes.

Un petit pinguécula comme la tête d'une épingle avait été le commencement de cette maladie que l'officier avait porté pendant toute sa jeunesse sans y faire attention. Il raconte qu'un jour il avait reçu un coup sur l'œil et que peu de temps après il avait aperçu que la tumeur grandissait visiblement.

Au bout de 7 ans elle était arrivée à la grosseur d'une noix.

Observation VII

Dr Glaeys de Gand (in thèse Hadjidemétrius, 1890-91, p. 33).

Adelphine E., pensionnaire à l'orphelinat des filles, âgée de 16 ans, d'un tempérament franchement lymphatique, fut présentée à la clinique ophtalmologique de l'Université au mois de mai 1879.

Elle portait à l'angle externe de l'œil droit une tumeur de la conjonctive datant de 6 ans. Les proportions inquiétantes qu'avait prise la tumeur engagèrent la directrice de l'établissement à soumettre le cas à l'avis éclairé du Professeur M. le Docteur Deneffe.

En lui écartant les paupières et en lui faisant tourner l'œil dans l'extrême adduction, la tumeur se présente, qu'on nous passe l'expression, dans toute sa beauté, sa forme est ellipsoïde, son grand axe dirigé de l'angle externe vers l'interne, mesure environ 1 cm. L'axe antéro postérieur a peu près 3 mm. Elle est couchée dans le cul de sac palpébral inférieur, son bord postérieur cotoie le bulbe sans l'envahir; elle remonte vers l'angle externe derrière lequel elle se cache en partie. La tumeur paraissait nettement circonscrite, aussi nettement qu'un kyste peut l'être. L'opération montre cependant qu'elle était plus diffuse qu'elle ne le paraissait. Elle semble occuper la muqueuse ou le tissu sous-muqueux, elle est lisse,, ne produit aucune altération de la conjonctive qui n'est pas vascularisée à la surface. Elle est molle, si molle même que plusieurs observateurs la croient flutuante.

Pendant plusieurs années cette tumeur n'a provoquée ni gène, ni souffrance, mais depuis quelque temps la malade commence à s'en plaindre. Elle désire en être débarrassée. Les mouvements de l'œil sont normaux.

Vision intacte V = 1.

Le 26 mai 1879, on pratiqua l'extirpation de la tumeur. L'opération ne présenta rien de particulier. Malgré la recommandation de plusieurs chirurgiens aucun point de suture ne fut appliqué, sur la conjonctive de simples compresses d'eau froide constituèrent tout le trritement. La guérison fut complète en quelques jours.

La tumeur extirpée fut traitée par la liqueur de Muller, durcie à la gomme et à l'alcool absolu et débitée en tranches. Le microcospe nous révéla qu'elle était constituée en majeure partie par des tissus adipeux, des fibres de tissu conjonctif, et par du tissu conjonctival hypertrophié. Nous constatâmes aussi la présence de vaisseaux sanguins, mais dans aucun

endroit de nos préparations on ne découvrit d'éléments glandullaires.

La jeune fille revue au mois de février 1880 ne présente ni trace de récidive, ni de rétraction cicatricielle.

Observation VIII.

Ewestky (*Arch. fur. Auhenheil*, 1898, p. 237).

Daria S..., jeune fille de 25 ans. La tumeur a été remarquée il y 3 ou 4 ans, car c'est seulement depuis cette époque que l'œil commença à rougir et être douloureux, par la conjonctive de l'œil gauche, dans l'angle externe existe un pli mince semi-lunaire dont le bord concave est dirigé vers la cornée. Dans les mouvements d'abduction le bord extérieur de la cornée se cache derrière le pli, tandis qu'il semble s'en éloigner dans les mouvements d'adduction. En haut et en bas le pli se perd dans les plis de passage et alors grâce à la forme concave ses bords supérieur et inférieur s'avancent loin vers l'intérieur jusqu'au méridien vertical de la cornée. Le bord arrondi, tourné vers la cornée est un peu épaissi, le pli lui-même se perd progressivement derrière la commissure externe. Sous le bord concave libre est placé un sillon profond, d'environ 3 mm., dont la profondeur augmente par abduction et diminue par adduction. Le pli se meut sur la sclérotique, il a une couleur jaunâtre et sa surface montre de nombreux et fins vaisseaux sanguins. On ne remarque pas de poils, ni d'autres anomalies ; les deux yeux sont normaux. La jeune fille désire être délivrée de ce pli que l'on excise.

Observation IX.

Rogmann, de Gand (*Ann. d'Ocul.*, 1898, t. 119, p. 81.

M. L..., de Gand, âgé de 53 ans, s'est aperçu depuis trois semaines de l'apparition d'une tumeur dans l'œil gauche, qui ne lui fait aucun mal, mais qui le préoccupe à cause

de la difformité qu'elle produit. Située du côté supéro-externe de l'organe, de nuance blanc jaunâtre, cette tumeur correspond par son bord inférieur au méridien bulbaire horizontal. Sa forme se modifie presque par chaque mouvement de l'organe. Éloignée de 3/4 de centimètre du rebord cornéen quand l'œil regarde en dedans, elle s'en rapproche jusqu'à 1/4 de centimètre lorsque l'œil tourne en dehors. Quand on soulève la paupière supérieure, elle se ramasse dans le cul-de-sac conjonctival supéro-externe en forme de boule. Douce et onctueuse au contact elle s'étale sous le doigt comme une goutte d'huile glissant librement sous la conjonctive, avec laquelle elle ne paraît avoir aucune adhérence. La conjonctive elle-même présente des caractères absolument normaux ; elle n'est pas vascularisée.

A l'autre œil, en soulevant la paupière on aperçoit symétriquement à la tumeur que nous venons de décrire, un espace jaunâtre, non saillant, de forme plus ou moins triangulaire, le sommet arrondi, tourné vers la cornée, la base perdue au fond du cul-de-sac. Rien d'anormal du côté de la conjonctive.

Le sujet, fort et robuste, a gagné beaucoup en embonpoint dans ces dernières années, il pèse actuellement 115 kilogs. A l'œil droit, existe un xanthélasma palpébral de la forme d'un fer à cheval.

Nous faisons l'ablation de la tumeur de la façon suivante : Par une boutonnière pratiquée à son voisinage dans un pli de la conjonctive nous introduisons la branche mousse de ciseaux sous cette membrane, nous attirons cette dernière à nous par une pince et nous la coupons prudemment en respectant la tumeur à enlever. Celle-ci, presque entièrement libre d'adhérences, se présente sous la forme d'un lobule de graisse que nous saisissons et que nous soulevons. Les tractions légères auxquelles nous la soumettons ont pour effet de la détacher entièrement de tous côtés, sauf en arrière où elle paraît se continuer dans le tissu cellulaire de l'orbite. Nous coupons le pédicule tout à fait au ras et fermons la plaie conjonctivale par un double point de suture. Les suites de l'opération furent tout à fait normales et la guérison s'acheva sans encombre.

Préparation de la tumeur dans la liqueur de Flemming, l'acide pyroligneux, l'alcool, et inclusion dans la celloïdine.

Nous la coupons en totalité au microtome. Nulle part on ne décèle aucun élément appartenant à l'épiderme ou à l'une de ses annexes : poils, bulbes pileux, glandes sébacées ou sudoripares. Au centre, des groupements de cellules adipeuses en rayons de ruche, divisées par quelques tractus de tissu connectif et parcourus çà et là de tissu conjonctif renfermant des vaisseaux, artérioles et veineuses, quelques nerfs et beaucoup de fibres élastiques.

Observation X.

Docteur Truc, de Montpellier
(in thèse Hadjidemétrius, 1890-91, page 27).

G. Eugène, 54 ans, gendarme à Aigues-Mortes. Pas d'antécédents héréditaires. Santé bonne, quelques douleurs rhumatismales aux coudes et aux épaules. Aspect vigoureux, sanguin, congestif, obésité notable et développement général très marqué du tissu adipeux. Depuis six ans, urines sédimenteuses sans sucre ni albumine.

Il y a quatre ans, en 1885, le malade a constaté sur l'œil droit une tumeur du volume d'une petite lentille. Cette tumeur était située vers la commissure externe et immobile, recouverte par la conjonctive ; elle a grossi progressivement sans déterminer aucune gêne oculaire ni aucun trouble visuel.

La compression de la tumeur, conseillée par un oculiste, a été faite sans résultat durant un mois et demi.

Au moment où l'on examine le malade (25 mars 1890) la tumeur occupe l'angle externe des paupières, la grosseur est celle d'une noisette. Elle s'étend entre les muscles droit externe et droit supérieur et s'allonge d'avant en arrière, elle est aplatie, molle, blanc jaunâtre, fluctuante, très évidente quand l'œil regarde en bas et en dedans, elle se pelotonne et diminue quand l'œil regarde en haut et en

dehors. Pour la percevoir aisement on doit soulever légèrement la paupière supérieure. La fluctuation de la tumeur est très nette, mais c'est une pseudo-fluctuation, car en prenant la tumeur avec le doigt on sent une rénitence molle, pâteuse. Pas de douleurs. L'œil gauche présente entre le droit externe et le droit supérieur une tumeur identique à la précédente, mais plus petite et que le malade n'avait pas observée.

Le malade n'a pas noté que ces tumeurs grossissaient par la toux ou un effort quelconque. Le diagnostic de lipome étant posé, l'ablation est proposée et acceptée ; elle est faite à la clinique le 19 février 1890.

Une ponction exploratrice au couteau de Græffe n'a donné aucun liquide.

Après cocaïnisation, l'enveloppe de la tumeur est incisée dans le sens de la longueur ; on trouve alors une masse graisseuse, molle, presque fluide, qui attirée avec des pinces sort facilement. Cette masse n'est pas enkystée ni bien délimitée, car la pince en entraîne beaucoup plus que ne le comporte le volume de la tumeur ; il semble que cette graisse est en rapport avec le tissu cellulo-graisseux périoculaire, il paraît inutile de prolonger l'évidement graisseux, et la tumeur disparue on se contente de suturer la plaie conjonctivale et d'établir une légère compression avec le pansement humide.

Même opération du côté gauche. Ici encore la masse graisseuse est diffuse, semble se confondre avec celle de l'orbite, et doit être sectionnée dans sa continuité. Les parties extraites examinées à l'œil nu sont constituées par de la graisse molle, presque fluide

Au microscope elles présentent des vésicules graisseuses agglomérées en petits pelotons entourés de tissu conjonctif peu développés, à fibres très fines au centre, et plus fortes à la périphérie.

Les suites opératoires ont été simples ; pas de douleur, pas de gonflement. La cicatrisation était complète en peu de jours, et le malade rentrait chez lui absolument guéri. Il nous donne récemment de ses nouvelles : la guérison s'est maintenue.

Observation XI.

Brault (*Arch. d'ophtal.*, 1897, t. XVII, p. 440.)

V. A..., jeune enfant de 4 ans, d'origine espagnole, entré dans notre service à la clinique infantile de Mustapha dans les premiers jours de mars 1897. Ses parents nous l'amènent pour deux bourrelets qui recouvrent les deux yeux.

Ces tumeurs, à leur dire, ont été opérées une première fois en Espagne il y a environ deux ans ; elles se sont développées à la naissance sans que le petit ait paru en souffrir. A part, deux nævi sur la face pariétale gauche on ne découvre aucune trace de malformation.

Au moment de l'entrée, voici ce que nous constatons : La vision *du côté gauche* est entièrement abolie, la cornée est opaque, l'iris est adhérent, l'œil enfin présente une hypotonie marquée. La tumeur un peu bosselée, d'une teinte rougeâtre, rapelle l'aspect des polypes muqueux Elle constitue un gros bourrelet sous-conjonctival qui empiète d'une part sur la cornée et s'enfonce d'autre part dans l'orbite en haut et surtout en dehors ; son volume est tel que la paupière est basculée et complètement retournée.

Eu égard à cette disposition, on pourrait croire de prime abord que la tumeur est palpébrale, il n'en est rien : lorsqu'on approfondit l'examen on voit que la paupière se meut parfaitement sur le bourrelet morbide. En un point toutefois, à l'union du quart interne avec les trois quarts externe, la paupière fait corps avec la néoplasie. A cette place, en effet, il existe une certaine tendance au coloboma.

A droite, les lésions ne sont pas irréparables, à la périphérie de la cornée, on remarque bien des petites taches, très opaques, mais la vision n'en est pas très gênée.

Quant à la tumeur elle est beaucoup moins développée qu'à gauche : vers l'angle externe elle semble se pédiculiser en se cachant en haut, elle s'étend un peu vers l'orbite.

Intervention double, le 15 mars. Anesthésie au chloroforme. Cantoplastie, extirpation de la tumeur orbito-ocu-

laire, dissection de deux lambeaux conjonctivaux de chaque côté du bourrelet de façon à permettre une réunion plus facile et à éviter le symblépharon, ablation de la conjonctive exubérante avec les masses néoplasiques, suture de la brèche.

La dissection nous permit de mieux nous rendre compte de la disposition des tumeurs et de leur nature. En effet, nous vîmes qu'il s'agissait surtout de masses lipomateuses paraissant se continuer avec les graisses orbitaires.

Du *côté gauche*, soit dans l'angle externe, soit surtout au niveau du pédicule, siégeant en regard de l'encoche ci-dessus signalée, nous rencontrâmes un certain nombre de gros vaisseaux. Du côté droit, l'angle externe seul nécessita la forcipressure.

Suites très simples, ablation des fils huit jours plus tard, bonne réunion. Un petit bourgeon occupant l'angle externe droit est cautérisé au galvano-cautère. Du côté gauche, la paupière a repris sa situation normale, l'œil est un peu trop découvert et nous sommes décidés à faire une retouche.

Cette dernière est pratiquée le 10 mai. Les deux bords de l'encoche sont longuement et largement avivés en croissant de façon à allonger la ligne de contact et à produire un petit bourrelet inférieur destiné à empêcher la reproduction du V.

Les fils sont enlevés le septième jour, bonne réunion, l'encoche a disparu, la paupière recouvre le globe oculaire.

Examen microscopique : Dès leur mise dans l'acide osmique, les fragments des deux tumeurs ont noirci, montrant ainsi qu'il s'agissait bien de masses graisseuses. A la coupe de la plus grosse des tumeurs on rencontre : la conjonctive, des glandes acino-tubuleuses de Krause, du tissu adipeux, et enfin par places d'assez nombreux vaisseaux anormalement développés. Dans la petite la graisse domine également, l'on constate une circulation très riche en certains points. Ce développement vasculaire anormal, à droite comme à gauche, nous porte tout naturellement à penser que nous nous sommes surtout trouvés en présence d'angiolipomes.

Observation XII

Rogman (de Gand). *Ann. d'ocul.*, 1898, p. 81.

Marie P..., âgée de 6 mois, nous est présentée à notre clinique par ses parents pour une difformité de l'œil gauche datant de sa naissance. Du côté externe de cet organe on voit un repli formant une espèce de troisième paupière qui s'étend depuis l'angle vers la cornée jusqu'à une distance de 5 à 6 millimètres. La surface s'élève un peu au-dessus du niveau du bulbe ; elle est plus ou moins lisse, de nuance jaune rosé et ne porte aucun poil ; son bord interne légèrement convexe du côté médian est plus ou moins arrondi. Du côté externe la membrane s'insère immédiatement derrière la commissure externe. En haut et en bas elle se perd dans les culs-de-sac conjonctivaux. Un stylet mousse engagé sous le bord interne, de dedans en dehors, derrière la membrane, pénètre jusque près de la commissure. La membrane est rigide et absolument immobile. Quand l'enfant regarde en dehors la cornée s'engage en partie sous elle.

Avec des ciseaux courbes nous faisons une excision de la membrane en forme de V le sommet de l'angle correspondant à la commissure externe. Nous n'appliquons aucune suture. Le résultat de cette opération fut très satisfaisant : après quelques on ne trouvait plus traces de déformations.

Examen microscopique. — Le morceau de membrane excisée fut plongé dans le Flemming. Toute la partie excisée fut débitée au microtome. Les coupes présentent une forme plus ou moins conique. Au centre se trouve des lobules graisseux parcourus par des vaisseaux ; tout autour des tractus de tissu conjonctif, la plupart parallèles, quelques-uns ci et là, sous forme de piliers perpendiculaires à la surface. Tout à fait à la périphérie correspondant aux faces antérieure et postérieure et au bord de la membrane un revêtement épithélial bien caractéristique de la conjonctive à quatre, cinq ou six couches sous forme de ruban uni,

partout également large, sans papilles. Les cellules sont parimenteuses, cuboïdes, conservant généralement leur forme et leur volume jusqu'à la superficie.

Rarement elles semblent plus ou moins s'aplatir vers la surface. Partout se rencontrent de nombreuses cellules caliciformes. En certains endroits existe une simple lisière cuticulaire superficielle. Sur une étendue beaucoup plus grande, se voit, sur le rebord des coupes, une bordure épaisse, colorée probablement par les acides osmique et pyroligneux. Par places, cette substance imprègne les cellules superficielles voisines qui, une fois envahies, prennent un aspect gris plus ou moins foncé dans leur totalité. Parmi les cellules ainsi colorées, celles qui affectent une forme cylindrique s'enfoncent comme des clous entre les cellules voisines.

Dans les coupes l'épithélium recouvrant la face postérieure de la membrane s'est plus ou moins recroquevillé, replié sur lui-même après avoir entraîné les couches de tissu conjonctif sous-jacentes, soit à la suite des tractions effectuées pendant l'opération, soit sous l'influence de la préparation. Nulle part ne se perçoivent des éléments à attributs épidermiques, poils, bulbes pileux, glandes sébacées ou sudoripares.

Observation XII

Lagrange (de Bordeaux). *Arch. d'ophtalm.*, 1900, t. 20, p. 299.

Ernestine S..., âgée de 8 ans, nous est amenée à l'hôpital des Enfants le 17 janvier 1899, pour une tumeur siégeant sur l'œil gauche dans la région supéro-externe entre les insertions du droit externe et du droit supérieur. Cette tumeur est du volume d'une grosse noisette ; sa partie antérieure s'avance jusqu'à 8 millimètres du limbe et la partie postérieure atteint la région équatoriale. Par son extrémité interne et supérieure elle s'arrête à la région intercalaire, son extrémité externe et inférieure correspond à la commissure soulevée et distendue par le néoplasme.

Pour se rendre compte de la forme et du siège de la tumeur il faut inviter le malade à regarder fortement en dedans et en bas. La tumeur est exactement recouverte par une conjonctive blanc rosé, d'apparence absolument normale partout, sauf en un point d'un blanc nacré placé en dedans. Ce point gros comme un très petit grain de blé, d'une consistance fibreuse, adhère à la fois au néoplasme sous-jacent et à la conjonctive dont il est à proprement parler un épaississement.

L'instillation d'une goutte de cocaïne permet de palper la tumeur directement et de se rendre compte de sa consistance molle, lipomateuse. Il n'est pas possible de réduire le lipome, c'est-à-dire de le refouler dans la cavité orbitaire, il paraît être dans une loge bien à lui et creusée dans l'espace sous-conjonctival.

L'origine congénitale est d'ailleurs certaine, les parents l'ayant remarquée à la naissance. Elle était alors très petite, depuis elle s'est accrue régulièrement, lentement, sans entraîner de gêne notable et les parents conduisirent leur enfant à l'hôpital surtout parce que cette tumeur est disgracieuse.

Rien dans les antécédents héréditaires, dans l'état de la mère pendant la grossesse, ne nous paraît digne d'être noté.

Le 19 janvier 1899 nous procédons sous le chloroforme à l'ablation du néoplasme, la conjonctive est facilement décollée à son niveau, sauf à l'endroit du point fibreux dont nous avons parlé et la décortication du néoplasme se fait avec la plus grande facilité. L'orifice conjonctival est ensuite reformé avec deux points de suture au fil de soie.

L'examen de la tumeur a révélé les particularités suivantes :

Tout d'abord la section de la pièce grosse comme une petite amande révèle dans l'intérieur la présence de petites cavités kystiques pleines de sébum ; nous trouvons ainsi trois kystes sébacés bien nets et cette constatation suffit à montrer qu'il s'agit bien d'un dermo-lipome.

L'examen histologique rend le diagnostic de dermo-lipome encore plus évident. Parmi de très nombreuses cou-

pes où le lipome existe seul, on en trouve quelques-unes qui renferment des îlots de fibres musculaires lisses. La paroi du kyste est formée par plusieurs rangées de cellules épithéliales.

Observation XIV

Lagrange (de Bordeaux). *Arch. d'ophtam.*, 1900, t. 20, p. 299.

Marguerite L..., enfant de deux mois, nous est apportée à l'hôpital des Enfants le 24 janvier 1899 pour une tumeur de l'œil droit. Cette tumeur a la forme d'un gros grain de raisin applati. Elle siège en face de l'attache du muscle droit externe, soulève la commissure et s'amasse jusqu'à 4 millimètres environ de la cornée. Ce néoplasme n'a par conséquent aucun rapport avec le limbe.

Lorsque l'enfant regarde en dedans on distingue très aisément la zone scléroticale qui sépare la cornée du néoplasme mais le poids même de la tumeur, et surtout sa consistance molle lui permettent de proéminer suffisamment et de surplomber la région du limbe.

La consistance de la tumeur est très molle, elle est recouverte par la conjonctive, elle n'est pas réductible dans la profondeur de l'orbitre et n'entraîne aucune exophtalmie. On ne distingue à sa surface ni poils, ni épaisissement particulier. Nous nous arrêtons au diagnostic de lipome sous-conjonctival congénital.

L'opération est faite sous le chloroforme très rapidement et très aisément ; une incision horizontale de la conjonctive permet de faire une large boutonnière à travers laquelle la tumeur est enlevée presque aussi facilement que le contenu d'une noisette. Deux points de suture ferment l'ouverture et la guérison obtenue rapidement reste depuis parfaitement stable.

Examen histologique. — L'examen histologique est très soigneusement pratiqué, il a coûté à nous-même et à notre préparateur un temps infiniment long : il s'agissait en effet

de savoir si vraiment ce lipome était un lipome pur et s'il n'y avait pas d'éléments dermoïdes mêlés à lui et jouant un rôle important dans son développement.

La tumeur a été toute entière débité au microtome, une coupe sur cinq a été montée et examinée. Il nous a paru qu'aucun doute ne pouvait s'élever sur la nature purement lipomateuse de l'affection.

Observation XV.

Lagrange (*Arch. d'ophtalm.*, 1900, t. 20, p. 299).

Le malade a été présenté par M. Ginestous à la Société anatomique de Bordeaux.

Il s'agit d'un enfant de cinq mois ; dans ses antécédents héréditaires, nous ne retrouvons aucune affection oculaire ; son père et sa mère sont vivants, bien portants et ne présentent aucune difformité. Le petit malade est très bien constitué et n'a jamais rien eu durant sa courte existence.

Huit jours après la naissance de cet enfant, sa grand'mère s'aperçut que l'enfant portait une tumeur dans l'angle externe de l'œil gauche. Tout d'abord on ne s'en inquiéta pas, mais bientôt, sur les conseils du médecin, on se décida à consulter à l'hôpital des Enfants le Dr Lagrange.

L'examen qui fut pratiqué ce jour-là permit en effet de reconnaître à la première inspection, au milieu de la commissure externe de l'œil gauche, une bande rosée qui couvrait légèrement le globe de l'œil et se perdait sous les paupières. Un examen plus minutieux indiquait que l'affection siégeait à la partie externe supérieure dans la région de la glande lacrymale accessoire.

Il suffisait d'ectropionner les deux paupières pour en faire saillir une tumeur ayant le volume d'un très gros pois, de forme arrondie, ovoïde à grand axe, parallèle à la marge de la cornée, de couleur légèrement jaunâtre par transparence et rappelant le tissu adipeux. Cette tumeur était peu mobile et semblait présenter des adhérences assez étroites avec la conjonctive sous-jacente et environnante.

Le diagnostic clinique fut : lipome sous-conjonctival, sous réserve de l'examen histologique.

Examen histologique. — Les préparations nous ont montré dans le néoplasme l'existence de deux parties :

1° Une tumeur d'origine ectodermique formée par un tissu fibroïde dans lequel sont inclus des éléments glandulaires abondants sous forme de lobes épithéliaux. Ces lobes, assez nombreux sur les coupes, sont quelquefois reliés par un pédicule épithélial à l'épithélium pavimenteux stratifié inclus dans le tissu fibroïde que forme la masse principale de la tumeur.

2° Au-dessous de cette tumeur dermoïde se trouve un abondant tissu graisseux qui a été enlevé avec elle, mais il est évident que cet élément adipeux est accessoire.

Observation XVI.

Knapp (New-York) (*Congrès d'ophtalmologie d'Utrecht*, 1899).

En mars 1898, une dame robuste, Léona Banta, de New-York, vient à la clinique; l'œil droit présentait de l'exophtalmie, et les deux paupières étaient si gonflées qu'elles cachaient complètement le globe oculaire. La tumeur s'était développée lentement sans douleur ni inflammation. L'œil qui présentait une atrophie du nerf optique avait perdu sa vision depuis quelques années.

L'œil gauche a toujours été normal, on ne trouve rien aux paupières ni dans l'orbite.

A la palpation, les paupières présentent une consistance molle, cédant sous le doigt et donnant la sensation d'un corps gras. A l'intérieur se trouve une masse, puis une seconde à la partie externe de la paupière supérieure ; toutes deux se présentent comme des tumeurs sphériques recouvertes par la conjonctive. La tumeur qui siège sur la paupière inférieure est uniforme. L'altération de la figure

est très prononcée, et la malade a hâte de voir enlever cette tnmeur qui la signale à l'attention de tous.

Le diagnostic de lipome ne pouvait éveiller aucun doute. Les paupières ressemblent à celles d'une personne grasse, et la tumeur qui se trouve à la partie externe de la paupière supérieure a l'apparence du lipome sous conjonctival que l'on rencontre habituellement.

L'opération fut pratiquée en trois séances.

La conjonctive est incisée entre les droits externe et supérieur, et la masse graisseuse est enlevée aux ciseaux. La plaie est suturée et se cicatrise par première intention.

Le résultat fut si satisfaisant que la malade se laissait opérer de la paupière inférieure le 23 mai 1898.

On fit à la paupière inférieure un lambeau allant du côté nasal au côté temporal, et le pannicule graisseux accumulé dans la paupière et la partie inférieure de l'orbite fut extirpé. Les masses étaient si étendues qu'une fois enlevées, de nouvelles faisant irruption de la profondeur englobaient le muscle oblique inférieur. On dut enlever une grande partie de tissu entre le globe oculaire et le plancher de l'orbite afin d'obtenir un résultat satisfaisant. La plaie est suturée, sa cavité était remplie de sang qui se résorba sans amener aucun trouble. La guérison s'opéra graduellement, et l'opération ne laissa aucune cicatrice. La paupière est maintenant moins gonflée, le globe oculaire qui adhère au plancher de l'orbite a perdu un peu de ses mouvements. La malade n'en est nullement incommodée comme l'œil n'a plus sa vision.

La troisième opération, faite le 22 janvier 1899, fut semblable à la première.

La tumeur s'étendait considérablement sur la sclérotique, sa portion superficielle était plutôt fibreuse, tandis que la partie profonde avait tendance à s'enfoncer dans l'orbite. La guérison se fit sans accidents. La malade est satisfaite du résultat bien que les mouvements des paupières et du globe oculaire soient restreints.

Observation XVII.

Bourtzeff (*Wiestnik ophtalmologie*, 1907).

C..., âgé de 24 ans, étudiant de cinquième année à l'Académie de santé militaire de Saint-Pétersbourg, vint nous trouver le 15 janvier 1907. Il se plaignait d'une tuméfaction de la paupière supérieure qu'il avait depuis son enfance. Cette tumeur n'a pas augmenté sensiblement, elle n'est pas douloureuse, mais gêne un peu les mouvements du globe droit.

A l'examen, dans la région du pli conjonctival, vers la commissure externe, dans la région qui correspond exactement à la moitié inférieure de la glande lacrymale, on aperçoit une tumeur du volume d'un petit pois, mobile sous la conjonctive, qui a la couleur normale, mais un peu épaissi et rouge. A la palpation, la tumeur est d'une consistance ferme et élastique comme si elle était lobulée.

Le 19 janvier, sur la demande du malade, la tumeur a été extirpée par le Dr Bellarminoff, sous la cocaïne. La tumeur, dans sa partie antéro-inférieure, adhérait à la conjonctive et était difficile à détacher. Dans sa profondéur, l'extirpation était facile. Elle mesurait 9 millimètres ; sa largeur était de 8 millimètres et son épaisseur de 5 millimètres. On suture la conjonctive, et les fils sont enlevés quatre jours après.

Examen histologique. — Sous l'épithélium conjonctival. on remarque une infiltration de cellules très petites et de nombreux vaisseaux sanguins, puis une couche de tissu conjonctif, avec tendance à la dégénérescence hyaline. Le reste de la tumeur se compose de tissu graisseux ramassé sous forme de petits îlots avec les espaces de tissu conjonctif. On ne trouve ni tissu glandulaire ni poils, comme cela se voit dans les dermolipomes.

CONCLUSIONS

I. — Le lipome sous-conjonctival est une affection rare, et s'il se présente parfois à l'état de pureté, il n'en revêt pas moins la forme de dermolipome. Souvent congénital, il peut être aussi acquis et se rencontre surtout dans le sexe féminin.

II. — Il se présente sous la forme d'une tumeur de grosseur variable. La conjonctive qui le recouvre présente des points jaunâtres et parfois une vascularisation anormale. La vision est presque toujours conservée.

III. — L'étude anatomo-pathologique demeure invariable, et bien que dans les coupes on trouve parfois des éléments ectodermiques, le néoplasme n'en est pas moins constitué par :

A) Des cellules adipeuses ;

B) Du tissu connectif ;

E) Un tissu de vascularisation pouvant amener

par son développement la formation d'un angiolipome.

IV. — Le diagnostic est en général facile, il suffit de renverser les paupières pour se rendre compte de la tumeur qui parfois est indépendante de la conjonctive, et qui dans certains cas lui adhère assez solidement.

V. — Le pronostic est bénin, et quand on fait l'ablation le malade n'est pas sujet à des récidives.

VI. — Le traitement est purement chirurgical, et les complications n'occupent qu'une faible place.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
E. ROLLET.

Vu :
LE DOYEN,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 25 juin 1910.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

KORANKA. — *Ann. d'Ocul.* 1854, page 105.

ALESSI DE GUALTERI. — *Ann. d'Ocul.* 1862, page 41.

FANO. — *Gazette des Hôpitaux*, 1869, n° 27.

GALEZOWSKI. — Lipomes de la conjonctive *(Journal d'ophtalmologie*, 1872, page 34.

GALLENGA. – *Ann. d'Ocul.* 1885, page 215.

EWETSKY. — Sur les lipodermoïdes semi-lunaires de la conjonctive. *Centralblatt fur Augenheil*, 1898. *Ann. d'Ocul.*, t. 120, page 394.

KNAPP. — *IXe Congrès international d'ophtalmologie*, août 1899 (Utrecht).

LAGRANGE. — Lipomes et dermolipomes sous-conjonctivaux. *Arch. d'ophtalm.*, 1900. *Ann. d'Ocul.*, t. 125, page 55.

BRAULT. — *Arch. d'ophtalm.*, 1897, t. XVII, page 440.

ROGMANN. — *Ann. d'Oculistique*, 1898, t. 119, page 81.

HOSCH. — *Ann. fur ophtalm.*, 1906, pages 156-159.

ROCHAT. — *Ann. d'Ocul.*, 1906, t. 137, page 315.

BOURTZEFF. — *Wiestnik. ophtalmologü*, 1907, page 62.

ROLLET. — *Congrès d'ophtalmologie d'Oxford* et *The ophthalmoscope*, 1907, page 481.

MACKENZIE. — Traité pratique des maladies de l'œil, t. I, page 364.

LAGRANGE. — Traité des tumeurs de l'œil, t. I, page 68.

DESMARRES. — Traité théorique et pratique des maladies des yeux, t. II, page 372.

Lyon. — Assoc. typ., 12, rue de la Barre.